

پریکاردیت چرکی اطفال

گزارش پنج مورد از بیمارستان بهرامی (*)

دکتر صادق مختارزاده ** دکتر بهرام مشیری *** دکتر محمد ملک ***

دکتر محمد پیراسته ***

پریکاردیت چرکی در نزد شیرخواران و کودکان با اینکه بیماری شایعی نیست ولی بعلت اشکالات تشخیصی و درمان خطرناک بوده و با مرگ و میر فراوان همراه می‌باشد و تنها با تشخیص زود و درمان صحیح میتوان بیماران را از مرگ حتمی نجات داد.

باید دانست که عارضه پریکاردیت نسبت به عوارض دیگر قلب در نزد اطفال کمتر دیده میشود و این موضوع از مطالعه جدول زیر که از پرونده‌های بیماران بیمارستان بهرامی جمع آوری شده است بخوبی مشهود می‌باشد.

جدول ۱ - آمار مبتلایان به بیمارستاریهای قلبی در بیمارستان بهرامی
از تاریخ ۳۷۲۳۷ الی ۴۷۱۱۱

۵۴ مورد	کاردیوپاتیهای سیانوژن مادرزادی
» ۶۹	» » غیرسیانوژن
» ۴۲	میوکاردیتها
» ۱۴۰	کاردیتهای روماتیسمال (دریچه میترال و آئورد تیک)
» ۲۷	بیماریهای کره همراه با کاردیت

* - از بیمارستان کودکان دانشگاه تهران

** - استاد و رئیس بخش کودکان بیمارستان کودکان بهرامی

*** - استاد یازان

پریکاردیت‌های (چرکی و غیرچرکی)

۱۳ مورد

جمع ۳۴۵ مورد

آمار فوق بخوبی نشان می‌دهد که در بین ۳۴۵ مورد از مبتلایان به بیماریهای قلبی فقط ۱۳ مورد پریکاردیت دیده شده است .
 برحسب تقسیم‌بندی Mc. Guire (Ref 2) پریکاردیت‌های حاد بدستجات زیر تقسیم شده‌اند :

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ۱ - پریکاردیت حاد با علت غیر معلوم | ۲ - پریکاردیت سلی |
| ۳ - پریکاردیت روماتیسمال | ۴ - پریکاردیت ثانوی به‌میوکار دیت |
| ۵ - پریکاردیت چرکی | ۶ - پریکاردیت تروماتیک |
| ۷ - پریکاردیت نئوپلاسمیک | ۸ - پریکاردیت باعلل نادر دیگر |
- علل پریکاردیت در ۱۳ مورد از بیماران بیمارستان بهرامی در جدول ۲ شرح داده میشود :

جدول ۲ - آمار ۱۳ مورد پریکاردیت چرکی از نظر اتیولوژی

۵ مورد پریکاردیت چرکی	۰/۰۳۸/۵
۵ مورد پریکاردیت فشاردهنده سلی	۰/۰۳۸/۵
۱ مورد پریکاردیت احتمالاً ویرال	۰/۰ ۷/۵
۲ مورد پریکاردیت روماتیسمال	۰/۰۱۵/۵

باتوجه بجدول فوق میتوان گفت که در بیماران ما ۰/۰۳۸/۵ از تمام پریکاردیتها را پریکاردیت چرکی تشکیل داده است. باید دانست که پریکاردیت چرکی در سنین شیرخوارگی نادر تر بوده و خطر آن نیز بیشتر میباشد بطوریکه از اول قرن بیستم تا کنون در مجلات علمی دنیا فقط ۵۰ مورد پریکاردیت چرکی در شیرخواران دیده شده است که کوچکترین آنها دوازده و بزرگترین آنها کمتر از ۲۴ ماهه بوده است که از ۴۶ نفر از آنها که از نظر جنس گزارش شده است ۲۶ شیرخوار مذکر و ۲۰ مورد مونث بوده است و در ۵ مورد پریکاردیت چرکی بیمارستان بهرامی فقط یکمورد کمتر از ۲۴ ماهه وجود داشته است (۱۹ ماهه) و هر پنج مورد دختر بوده‌اند. پریکاردیت چرکی بندرت بصورت عفونت اولیه تظاهر مینماید بلکه در اغلب

موارد توأم با يك عفونت منتشرى كه در نقاط ديگر بدن نيز تظاهراتى نشان ميدهد مشاهده ميشود كه در بين آنها عفونت ريوى شايعترين عارضه‌اى است كه با پريكاردیت چرکی همراه ميشود. ممكن است عفونت از راه مجاورت از ريه به پريكارد سرایت نمايد زيا از راه خونى از ريه يسا نقاط ديگر به پريكارد منتقل شود. و در مواردى كه پريكاردیت به تنهائى جلب توجه نمايد و اوليه وانمود نمايد شايد علتش كوتاهى در مطالعه وكافى نبودن وسايل و آزمايشات تكميلی جهت كشف علل عارضی باشد. در ۵۰ مورد فوق‌الذکر تنها هفت مورد پريكاردیت مجزا و اوليه بدون لوکاليزاسيون ديگر عفونى در بدن گزارش شده است.

در پنج مورد پريكاردیت چرکی در بیمارستان بهرامی يكمورد همراه عارضه ريوى استافيلو كوكسى، يكمورد همراه پلورزی چرکی، يكمورد همراه سپتى سمى استافيلو كوكسى وجود داشته است و در دومورد ريتين سالم بوده است در حالى كه در ۵۰ مورد فوق‌الذکر ۳۴ مورد عفونت ريوى تشخيص داده شده است.

در ميان ميكربهاى كه سبب پريكاردیت چرکی در اطفال ميگردند از همه بيشتر استافيلو كوك ديده ميشود كه در ۰/۰۵۰ موارد در ۵۰ مورد گزارش شده وجود داشته است و خطر مرگ ومير اين عارضه نيز با استافيلو كوك بيشتر است (تقریباً ۰/۰۷۳ مرگ ومير در اثر پريكاردیت استافيلو كوك ميشود).

پنمو كوك در اطفال بيشتر از شيرخواران مسئول پريكاردیت چرکی بوده است در صورتى كه فقط ۰/۰۱۰ موارد شيرخواران ديده ميشود در ۵۰ مورد فوق‌الذکر فقط يك مورد پريكاردیت بعلت مننگو كوك نيز گزارش شده است و در اطفال كمتر از ۱۵ سال ۵ مورد پريكاردیت مننگو كوكسى وجود داشته است. علت نادر بودن پريكاردیت چرکی در جريان سپتى سمى مننگو كوك مسلماً از يكطرف مربوط به درمان سريع و قاطع اين سپتى سمى است از طرف ديگر شدت و خطرات آنى بيمارى مجال بروز آنرا در موارد شديد و مرگ آور نميدهد.

در پنج مورد پريكاردیت چرکی بیمارستان بهرامی در ۳ مورد استافيلو كوك دخالت داشته و در ۲ مورد عامل بيماريزا نامشخص بوده است.

علائم بيمارى در كودكان تفاوتى با افراد بالغ ندارد. پيدایش تامپوناد قلبى (نبض پارادوكسال هپاتومگالى برجسته شدن وريندهاى گردنى)، حس نشدن ضربان

قلب و کرشدن صداهاى قلب و پیدایش فروتمان پریکارد علائم اصلی بالینی هستند در رادیوگرافی بزرگی سایه قلب و در رادیوسکوپى مناطق ربوى روشن با ضربان ضعیف نوک و اطراف قلب دیده میشود .

فروتمان پریکارد زودگذر بوده و ممکن است شنیده نشود و گاهی نیز پس از عمل کاردیوستنتز شنیده میشود . در الکتروکاردیوگرافی تغییرات امواج ST, T با بالا و فرو رفتن موج ST تپیک ترین آنومالی است که دیده میشود ولی باید دانست که تغییرات الکتروکاردیوگرافی متغیر میباشد .

علائم الکتروکاردیوگرافی غیر اختصاصی است . بهترین علامت پیدایش نبض پارادوکسال بیشتر از ۲۰ میلیمتر است که انجام این آزمایش نزد اطفال کوچک کار مشکلی است .

پونکسیون پریکارد سبب تشخیص و راهنمائی درمان با تعیین نوع میکرب عامل بیماری و انجام آنتی بیوگرام خواهد بود .

مرگ و میر پریکاردیت چرکی در بین ۵۰ مورد گفته شده ۰/۰۶۶ بوده است که اگر بیمارانی را که در آنها مرض بطور بالینی تشخیص داده نشده است کنار بگذاریم این میزان به ۴۷٪ میرسد و این رقم شبیه تعدادی است که Boyle (ref.1) و همکاران برای پریکاردیت چرکی در تمام سنین زندگی ذکر کرده اند (۰/۰۴۱) در ۵ مورد بیمارستان بهرامی سه بیمار فوت کرده اند و ۲ مورد بهبودی یافته اند و تنها مورد شیرخوار آمار ما نیز در گذشته است .

بهبودی اکثراً در مواردی است که سن بیمار از یکسال بیشتر باشد بطوریکه از ۵۰ مورد فقط يك کودک که سنش کمتر از یکسال بوده است بطور مسلم نجات پیدا نموده است و مابقی در گذشته اند .

از مطالعاتی که در درمان پریکاردیت چرکی شده است چنین برمی آید که آنتی بیوتیکها به تنهایی برای درمان بیماری کافی نبوده و نتایج حاصله از آنها رضایتبخش نمیشد بعلاوه با آنتی بیوتیک تنها تاکنون گزارشی که مبنی بر بهبود پریکاردیت در شیرخواران باشد داده نشده است .

نجات بیمار از مرگ تنها با پریکاردستومی و یا ایجاد سوراخهای متعدد در پریکارد نیز پیدا نخواهد شد بلکه عامل مهم درمانی عبارتست از درناژ کافی جهت

بهبودی تامپوناد شدید و تهدید کننده قلبی و جلوگیری از عود آن است .
هر چند که پریکاردستومی در مواردی که آگزودا خیلی کم است انجام باید
بگیرد ولی در نازدائی از تجمع مایع جلوگیری میکند .

انتخاب آنتی بیوتیک بایستی با آنتی بیوگرام از میکروبی که بدست آمده است
انجام گیرد . در موارد استافیلو کو کسی از پنی سیلینهای ضد استافیلو کو کسی مثل
آمپی سیلین و همچنین از اریترومایسین بایستی استفاده شود درمان مخلوط بایستی تا
موقعیکه نتیجه کشت و تست حساسیت بدست نیامده ادامه یافته و بعد از آن که جواب
آزمایشگاه رسید درمان انتخابی را بکار بست .

جدول شماره ۳ مقایسه نتیجه درمانی را در ۵۰ مورد منتشر شده در مجلات
علمی نشان میدهد .

جدول ۳ - مقایسه نتایج درمانی

توع درمان	بهبود یافته	فوت شده
آنتی بیوتیک و درناژ پریکارد	۱۴ مورد	۳ مورد
آنتی بیوتیک تنها	-	۱۷ مورد
درناژ تنها پریکارد	۳ مورد	۹ مورد
بدون درمان	-	۴ مورد

در پنج مورد بیمارستان بهرامی ۲ مورد بهبود یافته که در یکمورد درناژ همراه
آنتی بیوتیک و در یکمورد تنها آنتی بیوتیک عمومی مصرف شده است و سه مورد فوت
نموده اند که تنها در آنها درمان آنتی بیوتیک از راه عمومی بکار برده شده است .
تا کنون گزارش مبنی بر پیدایش پریکاردیت فشار دهنده بعنوان سکل
پریکاردیت چر کی در دوره شیرخواری منتشر نشده ولی در بالغین گزارشاتی موجود
است که بطور نادر وجود داشته است و بعضی مصنفین منکر پیدایش این عارضه
میباشند . Boyle و همکاران (پدیاتریک ۱۹۶۷ صفحه ۲۲۴) در ۲۷۴ مورد پریکاردیت
فشار دهنده فقط در ۶ مورد توانسته اند که منشأ پریکاردیت چر کی را پیدا نمایند ولی
دلیل استناد این سکل به پریکاردیت چر کی در این ۶ مورد نیز ضعیف بوده است .
Sillier و Weis (پدیاتریک ۱۹۶۷ صفحه ۲۲۴) یک بچه ۴ ساله که دچار

پریکاردیت چرکی مننکو کوکی بوده و در مرحله بهبودی بطرف پریکاردیت فشار دهنده رفته و آخر الامر مرده است مشاهده نموده اند همچنین توماس و همکاران یک بچه ۴½ ساله که دچار پریکاردیت استافیلو کوکسی بوده و منجر به پریکاردیت فشار دهنده شده است گزارش داده اند در هر مورد فوق چسبندگی پریکاردین برخلاف معمول پس از ۲ یا ۳ هفته پیدا شده است. با توجه باینکه رویهمرفته پیدایش این سکل بسیار بعید میباشد ولی در تمام شیرخوارانیکه دچار پریکاردیت چرکی بوده و علائم نارسائی قلبی در آنها پابرجا باقی بماند و یا علی رغم درمان کافی این نارسائی عود کند بایستی ب فکر این عارضه بود .
در این بیماران مورد مطالعه ما این عارضه پیدا نشده است .

نتیجه

گزارش پنج مورد پریکاردیت چرکی از بیمارستان بهرامی مورد مطالعه قرار گرفته که یک مورد آن در سن ۱۹ ماهگی دیده شده است و با ۵۰ مورد پریکاردیت چرکی کمتر از دو سال که در مجلات علمی منتشر شده است مقایسه شده است. وجود ضایعات ریوی در ۲۰ موارد همراه با پریکاردیت چرکی تائید شده است و از نظر درمانی لزوم توأم کردن درناژ و آنتی بیوتیک برای بهبود کامل در درمان بیماری را متذکر میشویم .

در یک مورد از بیماران بیمارستان بهرامی که درناژ همراه آنتی بیوتیک عمومی جهت درمان در آن بکار رفته است بهبودی ملاحظه شده و از ۴ مورد دیگر که با آنتی بیوتیک تنها تحت درمان بوده اند فقط یک مورد علاج یافته است .

Summary

Five case of suppurative pericarditis in children are reported, one of them being only 11 months of age. As combined treatment with antibiotics and drainage of pericardium is advocated.

Among our 5 patients one was cured with this method, a second one reinforced with antibiotics alone, the remaining 3 patients died.

Resume

Cinq cas de pericardites suppuratives sont le sujet de cet article. Tous les malades sont des enfants. L'un entre eux n'ayant que 11 mois. Le traitement de choix semble être une combinaison des antibiotiques avec drainage du pericarde. Un enfant traité avec cette methode et un autre traité avec antibiotiques sans drainage sont guéris.

References

1. Jersony N. : Ped. August 1967 P. 224
2. Walton N : J.thor. Card. Vasc. Surg. march 1963
3. Nelson J. : Ped. dis. page 974 1964
4. Dobret F. : Ped. vol. A Page 611 1966
5. Current therapy P. 224 1968